



Heute schenken Sie uns wenige Minuten –
Morgen schenken Sie der Deutschen Dogge
Vielleicht viele gesunde Jahre.

Bitte helfen Sie uns mit wenigen Angaben zu Ihrem Hund.

Name des Hundes: _____

Wurfstag: _____ Geschlecht: _____

Farbe: _____ ZB-Nr: _____

Körperliche Daten

Aktuelles Gewicht: _____ kg Schulterhöhe: ca _____ cm

Körperzustand: ☐ eher schlank ☐ normal ☐ kräftig ☐ übergewichtig

Wie beurteilen Sie den aktuellen Gesundheitszustand Ihres Hundes?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ deutlich eingeschränkt

Bestehen aktuell chronische oder wiederkehrende Erkrankungen?

☐ nein ☐ ja falls ja, welche? _____

Nimmt Ihr Hund dauerhaft Medikamente?

☐ nein ☐ ja falls ja, welche? _____

Bewegungsapparat / Mobilität

Zeigt Ihr Hund aktuell Einschränkungen in der Bewegung?

☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ deutlich

Sind Erkrankungen oder Veränderungen des Bewegungsapparates bekannt?

☐ nein ☐ ja falls ja: ☐ Arthrose
☐ Spondylose
☐ Kreuzband-/Gelenkprobleme
☐ Sonstige: _____

Gab es orthopädische Operationen? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Gemeinsam Zukunft gestalten

Gesundheitsmonitoring der Deutschen Dogge

Hüft- und Ellenbogengelenke

Wurde Ihr Hund auf HD untersucht? Alter bei der Untersuchung? _____ Jahre / Monate.

☐ Nein ☐ ja Ergebnis: _____

Wurde Ihr Hund auf ED untersucht? Alter bei der Untersuchung? _____ Jahre / Monate.

☐ Nein ☐ ja Ergebnis: _____

Herzgesundheit / DCM

Wurde Ihr Hund kardiologisch untersucht?

☐ Nein ☐ ja Alter bei der letzten Untersuchung? _____ Jahre / Monate.

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

☐ Herzultraschall ☐ EKG ☐ 24-Std. Holter ☐ sonstige: _____

Ergebnis: ☐ ohne Befund ☐ Veränderungen ☐ DCM diagnostiziert

Augengesundheit

Wurde Ihr Hund augenärztlich untersucht?

☐ Nein ☐ ja Alter bei der letzten Untersuchung? _____ Jahre / Monate.

Ergebnis: ☐ ohne Befund ☐ auffällig ☐ Ergebnis nicht bekannt

Falls auffällig – welche Diagnose wurde gestellt? _____

Gentests

Wurden bei Ihrem Hund Gentests durchgeführt? ☐ Nein ☐ ja

Welche Gentests wurden durchgeführt?

☐ Faltengen:	☐ frei	☐ Träger	☐ betroffen	☐ Ergebnis nicht bekannt
☐ Degenerative Myelopathie:	☐ frei	☐ Träger	☐ betroffen	☐ Ergebnis nicht bekannt
☐ LEMP:	☐ frei	☐ Träger	☐ betroffen	☐ Ergebnis nicht bekannt
☐ LPNN3:	☐ frei	☐ Träger	☐ betroffen	☐ Ergebnis nicht bekannt
☐ Sonstige:	_____			

Erkrankungen / Operationen (z.B. Magendrehung, Kreuzbandriss)

Gab es Operationen? ☐ Nein ☐ ja, welche: _____

Sind Krebserkrankungen bekannt?

☐ Nein ☐ ja, welche: _____

Liegt eine neurologische Erkrankung vor? (z.B. Epilepsie)

☐ Nein ☐ ja, welche Medikamente werden gegeben? _____

Kontakt für Rückfragen – freiwillig

Name: _____

Telefon / E-Mail: _____

Diese Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Kontaktdaten eintragen, bleibt Ihre Meldung anonym.